

势。高血压发病年龄的逐步降低,对青壮年高血压患者的管理存在因工作忙碌、饮食不节、作息時間不规范等困难,规范管理的必要性則显得尤为突出。

高血压患者自我控制与管理是高血压治疗的基础,结合慢性病随访管理将更加利于高血压人群的血压控制,改善生活质量,可有效控制高血压慢性病患者的病情进展,提高区域人口健康水平,值得在基层推广。

参考文献

[1] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南[J]. 中国卒中杂志, 2006, 1(8): 575-582.
[2] 卫生部血管病防治研究中心. 中国心血管病报告 2012 [M]. 北京: 中国大百科全书出版社, 2013: 1-30.
[3] 陈源源. 高血压管理的关键问题[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2014, 16(4): 340-342.

教学 · 管理

[4] 中国疾病预防控制中心. 中国疾控中心: 我国 15 岁及以上人群高血压患病率 24% [EB/OL]. (2013-10-10) [2015-08-21]. http://www.chinacdc.cn/mtdx/mxfcrxjbx/x/201310/t20131010_88952.htm.
[5] 陈艳霞. 个体化延续护理对高血压患者生存质量的影响分析[J]. 现代医药卫生, 2015, 31(9): 1406-1407.
[6] 胡学捷, 刘茂辉, 吴新玲, 等. 患者版目标管理手册在社区高血压管理中的应用研究[J]. 中国全科医学, 2014, 17(22): 2637-2640.
[7] 殷寒梅. 社区高血压慢病管理的体会[J]. 中国社区医师, 2012, 14(33): 60.
[8] 王凤, 陈少云, 陈建付, 等. 社区高血压患者健康教育效果评价[J]. 检验医学与临床, 2015, 12(15): 2247-2249.

(收稿日期: 2016-03-10 修回日期: 2016-05-15)

全科医师团队与居民签约服务辖区内运行模式分析

钟 宇, 刘露霞[#], 刘婷婷, 徐 玲, 杨海琴, 罗晓燕
(重庆市渝中区大溪沟街道社区卫生服务中心 400015)

摘 要: 在社区卫生服务中, 全科医师团队以重点人群为切入点与居民进行签约服务管理, 使居民受益率、重点人群管理率、居民满意度得到提升。对华福巷和人民村社区常住居民家庭进行签约服务管理, 服务内容包括签约服务居民数、签约服务就诊人次、健康档案的建立、65 岁以上老年保健、高血压、糖尿病、高危人群管理等。全科医师团队与居民签约服务, 切实提高了签约居民的就医依从性, 重点人群健康管理率有效提高, 逐步建立分级诊疗格局, 居民受益率和满意度得提升。全科医师团队与居民签约服务能更好促进分级诊疗格局, 体现居民对社区卫生服务的利用率和受益率, 提高居民信任度和就医依从性, 提升居民满意度, 值得推行。

关键词: 全科医师团队; 签约服务; 模式分析
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.18.059 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2016)18-2694-02

如何提升居民满意度和受益率更好为居民服务, 是基层社区卫生机构不可忽视的问题, 也是社区医务人员值得重视的问题。而全科医师团队与居民签约服务是为社区居民提供服务并使居民能享受国家基本公共卫生服务的重要环节。本文就此进行了探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本中心于 2013 年 1 月至 2014 年 12 月对大溪沟街道华福巷社区和人民村社区开展全科医师精品团队签约式服务。两辖区服务总人数 17 858 人, 总户数 5 840 户, 管理高血压 1 777 人, 糖尿病 745 人, 65 岁以上老人 2 004 人。签约人群包括重点人群(65 岁以上老年保健、高血压、糖尿病患者)和高危人群。

1.2 方法

1.2.1 服务方法 首先是一般全科医师团队向精品化的转档升级, 有 1 个 3 年社区工作经验的全科主治医师, 1 个全科医师助理, 2 个 3 年以上社区工作经验的社区护士, 1 个公共卫生医师, 1 个楼栋长, 1 个三级医院副高职称以上的专科医师共同组成。其次是分点分片在楼栋长的配合下, 通过“1 封健康信”宣传营造声势。再次就是在三级医院专家的指导下开展慢性病签约预约式和体验式服务。

1.2.2 服务方式 中心推行全科医生团队长负责制, 团队长与中心签订目标责任书, 团队成员实行分工合作, 在居民自愿

的情况下签订《签约服务管理知情同意书》, 利用两个“1+3 服务模式”和错时服务”为辖区家庭提供分类干预。

2 结 果

本年度共签约服务家庭 1 200 户, 签约服务人数 3 611 人, 签约高血压和糖尿病占签约人数的 22.4% 和 8.9% (符合本地区糖尿病发病率), 65 岁以上老年保健占签约人数 28.6%; 签约高危人群管理人数 191 人, 占签约总数的 5.3%, 高危人群管理率 71.5%; 签约人群服务满意度 95% 以上, 具体情况见表 1~3。签约服务居民受益情况如下, 预约专家顾问就诊 709 次, 下社区次数 217 次, 进家庭次数 850 次, 发健康信 4 850 次, 健康服务包 1 246 个, 测血压血糖 1 490 次。

表 1 签约与未签约慢性病服务情况统计 (%)

病种	n	在该疾病患者中的比例	规范管理率	控制率	基本综合评估率
签约高血压	809	45.5	82.5	76.0	57.5
未签约高血压	968	54.5	75.1	52.2	18.6
签约糖尿病	324	43.5	82.5	76.5	61.0
未签约糖尿病	421	56.5	71.2	48.5	15.5

(下转插 I)

[#] 共同第一作者。